Integrated Service Plan for Northwestern Ontario

Report of the Special Advisor, Tom Closson

June 2005

Vision for the Restructuring of Health Services in Northwestern Ontario
Improve the health status of people in Northwestern Ontario through an emphasis on health education, disease prevention, health maintenance and access to health services that incorporates the physical and mental health of the population.

105-07139/

Integrated Service Plan for Northwestern Ontario
Report of the Special Advisor

Vision for the Restructuring of Health Services in Northwestern Ontario
Improve the health status of people in Northwestern Ontario through an emphasis on health education, disease prevention, health maintenance and access to health services that incorporates the physical and mental health of the population.

This vision requires significant attention to the restructuring, integration and enhancement of primary community care and primary hospital care. The recommendations in this report will maximize the populations' access to health services by integrating services along the continuum of care, emphasizing culturally sensitive service delivery and providing services as close to home as is feasible with respect to the safety of care, quality of care and the economics of the care delivery systems.

The Report of the Special Advisor contains the recommendations that will provide the best opportunities for system enhancement, while clarifying the important role of the Thunder Bay Regional Health Sciences Centre (TBRHSC) within the system. The Hay Report to the Special Advisor includes all of the data gathered over the past nine months in Northwestern Ontario, literature reviews, summaries of consultations that took place during that time and summaries of over 70 submissions received from the community with regard to the work of the Special Advisor. In addition, the Special Advisor received invaluable advice and assistance from a Steering Committee made up of community leaders and health care professionals who live and work throughout Northwestern Ontario.

These recommendations, if implemented, will make it possible for more people to receive more care closer to home. In an area as large as Northwestern Ontario with its relatively small population, it is not possible to avoid the necessity of having people travel for some of their care. But, by planning for more integration and interaction of services across Northwestern Ontario it should reduce the need for travel for services that can be provided effectively in, or close to, the patient's home community. It should be emphasized that these recommendations will take time to implement but that significant improvements could be realized within six months if some of the recommendations are targeted for aggressive implementation.

In addition to the challenges of size, Northwestern Ontario has a number of isolated communities that have no land access except for a short period during the winter months. Therefore, all patients who must travel for healthcare must fly in an out of these communities. These are largely First Nations communities, which means that some services are provided by the Province of Ontario, some by the federal government and some services are provided on reserve through the band council's office. This complexity of funding and responsibility is frequently a barrier to access to health services.

This project started because Thunder Bay Regional Health Sciences Centre was often "closed to the region" and citizens of Northwestern Ontario outside of Thunder Bay could not access the expertise and services of their regional hospital. These recommendations, if adopted and implemented by the Local Health Integration Network, will resolve this problem for the long term. In the short term three 'actions' will immediately assist in easing the pressure on TBRHSC: an immediate investment into long term care places in the City of Thunder Bay, the District of Thunder Bay and the city of Kenora; aggressive utilization management by TBRHSC to ensure that all patients in their beds require the services of an acute care facility; and a focus on repatriating patients from TBRHSC to their local hospital as soon it is possible to make the transfer.

Primary Community Care in Isolated and Remote Communities

Northwestern Ontario has a number of primary care delivery models that could be expanded, although expansion will always depend on the availability of health care professionals who desire to work in this manner. Several models should be used, depending on the location in the Northwest.

Isolated and Remote Communities

There should be an expansion of the use of Nurse Practitioners (NPs) who will be located in isolated and remote communities; the smallest of these communities would be served by regular visits by travelling Nurses and Nurse Practitioners. It is also recommended that these communities expand the use of point-of-care diagnostic technologies which will support decision-making as to whether patients need to move from isolated or remote care settings to another health care setting. In addition, it is recommended that the care providers working in the isolated and remote communities work together as a 'virtual' health care team to serve the widely dispersed populations in these communities. This would provide phone, telemedicine, and visiting support from a variety of health care professions to each of the remote communities. Importantly, the Nurse Practitioners in these smaller communities should have 24-hour access to the Emergency Departments at the District and Regional level using telemedicine linkages.

Recommendation (1) – The MOHLTC should adapt primary health models for isolated and remote communities to include 'virtual teams that make use of Nurse Practitioners and nurses as the primary care givers linked together and to a supporting family practitioner and other health professionals by telemedicine technologies.

Recommendation (2) - The LHIN should ensure that all isolated communities have a 24-hour telemedicine link to their closest District Hospital and to TBRHSC.

Primary Care/CCACs and Hospitals

Primary care should be provided through integrated, multidisciplinary teams. These teams would focus on health education, suicide and injury prevention, disease prevention and health maintenance. Family Health Teams (FHTs) outside of Thunder Bay, to the extent possible, should be operationally integrated with the services of the CCAC and the closest hospital. Within this context, pre-natal care and midwifery should be provided locally in as many communities as possible with birthing at the District Hospitals

operating under the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada MORE (Managing Obstetrical Risk Efficiently) program.

Recommendation (3) – The MOHLTC should ensure that each Family Health Team (FHT) approved outside Thunder Bay, to the extent possible, is operationally integrated with the services of the CCAC and the closest hospital.

Restructuring of Hospital Services: Formal Designations of Local and District Hospitals

Building up the capacity of the District and Local Hospitals will take the pressure off Thunder Bay Regional Health Sciences Centre and will allow people to receive their care closer to home.

Hospitals in Northwestern Ontario should have clearly designated roles and responsibilities in responding to the needs of the population in the region. Hospitals should be designated as Local, District or Regional Hospitals with roles and responsibilities as defined below.

The designation as a Local Hospital would mean that the hospital would provide support for office and treatment space for Family Health Teams, diagnostic technologies (e.g., ultrasound) that would allow care decisions to be made locally, emergency care, inpatient medical care for observation, treatment and stabilization, general practitioner procedures and surgeries, and continuation of treatment and recovery for local patients after they have received their initial stages of acute care treatment in a District or the Regional hospital.

The designation as a District Hospital would mean that a facility would provide advanced diagnostic technologies (e.g., CT scanners), emergency care, general inpatient medicine, specialty outpatient medicine services, some inpatient general surgery, selected subspecialty surgery by visiting surgeons, low risk birthing by general practitioners, visiting paediatricians and visiting psychiatrists. Hospitals in Kenora, Dryden, Sioux Lookout, Fort Frances and Marathon should be designated as District Hospitals. The services of the hospital in Geraldton should also be enhanced given this area's isolation by road from other hospitals.

The airport in Sioux Lookout receives medical transfers for approximately 90,000 patient visits per year. These patients are from isolated communities travelling to receive health care in the hospital in Sioux Lookout or points further south. Given the geography and transportation services of the Northwest, the need to access care from all points north, and the fact that most of these patients require care that is sensitive to their culture and language, the Province of Ontario should commit to an investment in the Meno-Ya-Win Hospital which would allow it to serve as a District Hospital and provide more care and procedures than currently.

The facility should continue its focus on providing culturally sensitive care and should be given a formal responsibility to lead the region in developing and implementing this approach to care throughout Northwestern Ontario.

Recommendation (4) – The MOHLTC should invest in the redevelopment of Meno-Ya-Win Hospital as a Centre of Excellence which will enable it to serve as a District Hospital and to assume leadership in Northwestern Ontario for the development of region-wide, culturally sensitive care.

Recommendation (5) – The MOHLTC should invest in the redevelopment of Wilson Memorial General Hospital in Marathon to enable it to serve as a District Hospital. Consideration should also be given to capital investment to enable increasing the services available at the hospital in Geraldton.

Tertiary Care in Northwestern Ontario

Cardiac Revascularization and Neurosurgery are tertiary services requiring specific attention in Northwestern Ontario.

Revascularization/Cardiac Surgery

There are insufficient patients requiring cardiac surgery in Northwestern Ontario for the development of a cardiac surgery program. Patients should continue to be referred to programs in southern Ontario for cardiac surgery.

TBRHSC should develop an angioplasty service which would receive its emergency cardiac surgery back-up in Duluth. In doing so, there is a small risk that patients who experience a perforation during angioplasty might not survive a trip to Duluth for cardiac surgery. But, this risk is small and there is a risk of death associated with the wait for transportation for an angioplasty in Southern Ontario.

Recommendation (6) – The MOHLTC should establish an angioplasty service in Thunder Bay with a formal agreement for emergency cardiac surgery backup in Duluth.

Neurosurgery

Neurosurgery is required to support the trauma program located at TBRHSC. In order to provide coverage on a 24-hour, seven-day-a-week basis which is a fundamental requirement of a trauma program, TBRHSC should have a minimum of three neurosurgeons on staff. As the numbers of patients requiring the services of a neurosurgeon is insufficient to financially support the practice of three neurosurgeons through OHIP billings, it will require an Alternate Payment Plan. Those surgeons could augment their general neurosurgery practice with complex spinal surgery, and neuroradiology. Also, the establishment of the Northern Medical School will provide academic opportunities and commitments for these staff.

Recommendation (7) - The MOHLTC should establish an Alternate Payment Plan (APP) for Neurosurgery that supports 3 neurosurgeons to enable 24/7 coverage for trauma.

Out-Of-Region Services

There is a perception that very large numbers of patients in Northwestern Ontario receive their care in Winnipeg, Duluth and Southern Ontario. However, only 4.2% of inpatient hospitalizations by residents of Northwestern Ontario are in Winnipeg hospitals and 4.5 % of inpatient hospitalizations require travel outside of Northwest Ontario for emergency or very specialized care. This information should be used to repatriate as many of these cases as possible taking into account quality of care, patient safety and economics.

Travel for emergency and very specialized care to Winnipeg and Southern Ontario will and should continue. However, it is anticipated that, by increasing the capabilities in hospitals designated as District Hospitals that the need for some of the travel to Winnipeg can be eliminated and by increasing the capabilities of TBRHSC the need for some of the travel to Southern Ontario can be eliminated.

There are patient volume requirements to ensure the continuing clinical capabilities of TBRHSC and to provide sufficient caseload to support its emerging academic mission. To this end, it will be important for much of the secondary care and most of the tertiary care for residents of NW Ontario to be provided by TBRHSC. This includes care for some First Nations people who are currently sent by the Federal Government to Winnipeg. It is recognized that, because of the differences in driving time and distance, people drive from Kenora to Winnipeg for emergency care and for assessments and treatments by medical specialists and subspecialists rather than going to Thunder Bay. This pattern of hospital use will and should continue and ground ambulance should continue to travel from the Kenora area to Winnipeg. However, to address the patient volume requirements of the specialized services that need to be provided and of the academic programs at TBRHSC, all air ambulance service should go to Thunder Bay rather than Winnipeg.

There will be circumstances when Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) is the appropriate provider of care for residents of the western part of Northwestern Ontario. At present, WRHA is providing an *ad hoc* service to the residents of Northwestern Ontario. A more formal recognition of the use of Manitoba's health service by Ontario residents would do much to ease the concern that access to the services will close. Given the geographic realities of this part of the Province of Ontario it is appropriate for the governments of the Provinces of Ontario and Manitoba to formalize the provision of selected elective and emergency and urgent services by Winnipeg Regional Health Authority for the residents of Kenora and when TBRHSC cannot meet the surge demands of the population of the Northwest.

The expectation should be that the providers in Northwestern Ontario plan to provide almost all of the services to local residents but that some formal provision be made for

Ontario residents to access services in Manitoba when surges are being experienced that cannot be met within the Northwest.

Throughout the period of consultation, the issue of travel grants for transportation of patients came up many times. Stories of individuals transported by ambulance and/or air ambulance in an emergency situation and then 'stranded' in a location remote from their home were common. The MOHLTC's policy is that patients who are transported for medical reasons and who continue under care, are transported back via ambulance or air ambulance. Given the distances, the financial difficulties faced by those who travel for health care, and the lack of public transportation in many areas, the LHIN should take a look at travel grants, policies governing transportation of patients and determine how many cases of 'stranded' patients there are within the region.

Recommendation (8) – The LHIN should plan to provide capacity within the region for almost all of the health services needed by Northwestern Ontario's residents. Negotiations should take place with the Federal Government to have all First Nations people who reside within Ontario's boundaries, be cared for within the Ontario system.

Recommendation (9) – The LHIN and the MOHLTC should negotiate a formal agreement with the Winnipeg Regional Health Authority to provide emergent and elective tertiary care for residents of Sioux Lookout & Isolated Communities and environs.

Recommendation (10) – The LHIN and the MOHLTC should negotiate a formal agreement with the Winnipeg Regional Health Authority to address situations when the facilities in Northwestern Ontario cannot meet surge demands for care.

Integration of Planning for All Levels of Long Term Care

There needs to be a focus of planning for the expansion of long term care 'places' with the desire that people be placed along the continuum of care as close to home as possible. The principles of expanding capacity in this area should include maximization of independence, maximizing social interaction in all 'places', a preference for long-term care in the local community, a preference for 'in-home' care over congregate care, a preference for supportive housing over nursing home care, and the provision of psycho-geriatric care in all treatment settings.

The current use of complex continuing care at St. Joseph's in Thunder Bay for short-term transitional care is delaying placement of patients into other locations including long-term care and home care. This use of beds is contributing to the 'backup' in the inpatient acute care beds at TBRHSC and needs to be immediately addressed by using complex continuing care beds for continuing care rather than transitional care.

The data collected to complete this report confirms that the District of Thunder Bay, City of Thunder Bay and the City of Kenora do not have enough long term care places to respond to the needs of those in the community who require a level of long term care, whether it be a nursing home space, a supportive housing space or a space in a long term

care facility. Across these three districts, additional long-term care places will be required but all three levels of care need to be used to address the needs of these populations. The addition of these places in these communities would better respond to the need for long term care and will keep individuals requiring care closer to their social support networks.

Recommendation (11) -- The MOHLTC should expand long-term care places in Northwestern Ontario to provide:

- ***29 supportive housing units in Kenora;***
- ***192 supportive housing units, and 149 equivalent long-term home care places in Thunder Bay; and***
- ***58 supportive housing places, 93 equivalent long term home care places, and 57 nursing home beds in the District of Thunder Bay.***

Mental Health & Addiction Services

This area of services was more frequently commented on than almost any other area. There is insufficient access to these services across Northwestern Ontario and, where there are services, the 'special vote' funding approach used by the MOHLTC means that money cannot be moved from one type of service to another, despite the fact that those who deliver these services have far greater knowledge of what is needed in their communities than do those responsible for the funding envelopes within the Ministry in Toronto. Removing bureaucratic red tape, allowing individuals in the communities to work together and deliver the best services they can for the [illegible] dollars they receive would go some way towards assisting Northwestern Ontario in providing more effective mental health and addiction services.

Recommendation (12) -- The MOHLTC should discontinue the 'special vote' approach to funding mental health and addiction services and provide sufficient funds in a global manner to the LHIN so that decisions can be made locally in a flexible manner on how best to use these funds.

Governance and Management

There are many examples of how individual institutions in Northwest Ontario have come together to plan and implement the delivery of care across institutions. For further examples of how consolidation could take place, the institutions in the region should look at the work being done by Grey Bruce Health Services. In that instance, the Centre Grey Hospital, Bruce Peninsula Health Services, the Meaford General Hospital, and the Grey Bruce Regional Health Centre have all come together with one board, a common structure for information management, quality improvement, common credentialing and human resources planning and recruitment.

The creation of a hierarchy of facilities with increasing capabilities along the continuum means that TBRHSC will need to adopt a regional approach to patients as they move through the system. It also requires formal recognition and acceptance by TBRHSC and its medical staff that their role is to provide necessary secondary and tertiary subspecialty

care for the population of the entire Northwest and active support for specialists and primary care providers practicing in communities and hospitals outside of Thunder Bay.

To facilitate this new hospital/health services organizational continuum there should be District Governance and management structures for each of six districts:

- Sioux Lookout & isolated communities,
- Kenora,
- Dryden-Red Lake,
- Fort Frances-Rainy River,
- Thunder Bay District
- Thunder Bay City

These new District governance and management structures would lead management of health care in the Northwest. These new entities would be challenged to introduce a new focus on integrated management of health services across the continuum at the District level. Planning and funding allocations among the Districts would be led by the LHIN. This new model will require dissolution of most existing local service delivery governance structures. Special consideration will need to be given to governance of religious service delivery agencies such as the St. Joseph's Care Group.

Recommendation (13) – The Ministry of Health and Long Term Care should implement a District Governance model for service delivery replacing most existing local service delivery governance structures to enhance the responsiveness of health services in Northwestern Ontario to the needs of the population.

Medical Advisory Committee

The population in Northwestern Ontario justifiably desires and expects the integration of health care services. Given the interdependency of hospitals in the Northwest and the amount of necessary patient transfer among facilities, it is not unreasonable for residents to expect a single admission for a single, integrated episode of care in response to a single incident of accident or ill health. The patient would be cared for within one admission from Local, to District to the Regional hospital, and back, as appropriate. By setting up structures and processes which focus on a seamless 'trip' for each patient through the system, and by focusing each individual organization's efforts on their portion of the patient's trip, it is anticipated that more people can be treated closer to their homes and social support networks. Also, this will serve to optimize the use of the limited resources of the regional hospital in Thunder Bay by focusing its services to patients from Thunder Bay and from outside the city on services and levels of care that can only be provided in a regional centre. The integration of services will be facilitated by the assignment of clearly articulated hospital roles and responsibilities supported by District and inter District structures, processes and governance.

A Northwestern Ontario Medical Advisory Committee (MAC) can facilitate integrating hospital care along the continuum. The Joint MAC would ensure consistency and continuity in medical practice and processes in all hospitals in the region. The Joint

MAC would serve as the MAC of each of the new District Governance entities in Northwest Ontario and would be responsible for the quality of medical care throughout the Northwest. Medical staff of individual Districts, as appropriate, could form district advisory committees that would become sub-committees of the Joint Northwestern Ontario MAC allowing local issues to be identified at the individual facility/district and local interests and needs to be brought to the attention of the Northwestern Ontario Joint MAC. This approach would encourage and facilitate the clinical interaction of physicians across the northwest and continuity of care for patients as they move along the continuum of care.

Recommendation (14) – The LHIN should establish a Joint Medical Advisory Committee (MAC) to facilitate the continuity of care for patients as they move along the continuum of care.

Recommendation (15) – Each District should recognize the Joint MAC as fulfilling the District's requirement for an MAC for each of its hospitals under the Public Hospitals Act.

Utilization Management for Northwestern Ontario

During this study, the admission rates for a variety of illnesses and procedures were looked at with a view to determining whether Northwestern Ontario's hospital utilization rates were comparable to other Ontario communities. The data collected for this study demonstrates a high use of inpatient hospital care in Northwestern Ontario compared to other areas in the province. These differences are especially apparent for residents of Thunder Bay. There was an expectation that there would be modestly higher rates of hospitalization in the isolated and remote areas, given the vast distances that individuals must travel and a tendency to admit for services that a local resident might receive as an outpatient. However, it was somewhat surprising to see the higher use of inpatient care by residents of Thunder Bay. There should be an aggressive, Northwest-wide utilization management program that ensures that patients are cared for in the place which is most suited to their clinical needs. The recommended structure of District governance and expanded capacity for long-term care places greatly enhances the chances of success for such a program.

Recommendation (16) – The LHIN should establish a Northwest-wide program for utilization management to ensure that patients are cared for in the most appropriate setting reducing the utilization of inpatient beds at TBRHSC to enable it to respond to the needs of the region.

A Northwestern Ontario Approach to Health Human Resources Planning

There is a severe shortage of health human resources in Northwestern Ontario and it continues to be extremely difficult to attract staff. At the present time, communities and hospitals are competing for physicians, nurses, and allied health professionals. A collaborative, unified approach to recruiting staff to Northwestern Ontario will be much more effective than current disjointed approaches. The needs of the population of

Northwestern Ontario will be better served by comprehensive planning for health human resources and collective implementation of the plans within the new health Districts.

Recommendation (17) – The LHIN should establish a Northwestern Ontario-wide approach to all health human resources planning

It is critical for the MOHLTC to come to agreement around Alternate Payment Plans for specialists practicing in Northwestern Ontario. In order to assist TBRHSC in recruiting and retaining medical specialists and subspecialists to address its clinical and academic requirements there needs to be a successful negotiation of an Alternative Payment Plan. The current "fee-for-service" physician compensation model and the relatively small population base in Northwestern Ontario makes it all but impossible for TBRHSC to attract and retain enough specialists to cover on-call requirements for many medical specialties. There are insufficient cases to support an adequate complement of specialists in these disciplines if the only source of income for these physicians is through billings. The requirement to assume teaching and research duties within the Northern Medical School also will require an alternative way to compensate these physicians.

Within the APP negotiations, there must be an understanding that these physicians have an obligation to support all of Northwestern Ontario through telemedicine and by providing visiting clinics/services within the District Hospitals and support for specialists and primary care providers outside of the Thunder Bay area. There is a need to formalize the role for TBRHSC and its medical staff with regard to their responsibility for the delivery of specialty and subspecialty care for the population of the entire region. There are other places in Ontario such as the work being done from the Ottawa Hospital which has reached out to provide support throughout the Ottawa Valley – where an academic centre has assumed responsibility for care throughout the region. Given the size of this region and the designated role of TBRHSC, it is important that the hospital and its physicians assume a regional responsibility.

Recommendation (18) -- The MOHLTC should establish Alternative Payment Plans for specialist physicians in Northwestern Ontario to attract and retain enough of them to provide 24/7 service coverage for patients from the entire region. The APP must formalize their regional and academic responsibilities.

Increased Use of Telemedicine& Other E-Health Strategies

Northwestern Ontario is leading most other areas of the province in its adoption of telemedicine and the delivery of health care services through other e-health strategies. This is applauded, encouraged and should be expanded. All isolated communities that are not already linked/partnered for telehealth services should be provided with the infrastructure for such work as soon as possible. Also, the isolated communities should have a 24-hour link to the emergency facilities at their closest District Hospital and TBRHSC should expand its ability to provide 24-hour emergency consultation to all isolated and remote communities.

In addition, Northwestern Ontario would benefit from a formal partnership for access to telemedicine and outreach support with a large psychiatric program elsewhere in the province which could then provide much greater availability of psychiatric services throughout the Northwest. The LHIN should explore the sufficiency of the type of support available from the Ontario Psychiatric Outreach Program (OPOP). There are additional services, which would be expanded in the telemedicine program over time, but augmenting mental health services would address a current and pressing need.

Recommendation (19) – The LHIN should ensure that all isolated communities have a 24-hour telemedicine link to their closest District Hospital and to TBRHSC.

Recommendation (20) – The LHIN should establish a telemedicine and outreach partnership to provide psychiatric support to community and hospital mental health services in Northwestern Ontario.

The significant amount of movement of patients from facility to facility along the care continuum in Northwestern Ontario mandates that information about their current needs and treatments and about pre-existing and concurrent treatment follow the patient from facility to facility. Moving paper records from facility to facility is a cumbersome, time consuming and inefficient process that often results in delays in treatment. More importantly, there is not one repository of information regarding the patients' episodes of in-hospital care. When a patient next presents at a hospital, it is not likely that the clinicians will have timely access to important clinical (and non-clinical) information that will be important to effectively address the patient's problem. Integration of care along the continuum and integration of information related to each episode of hospital care for a patient will be facilitated and enhanced through the creation of a fully integrated electronic health record that is used by each of the hospitals in Northwestern Ontario. The creation of the integrated electronic record will be facilitated by the work already completed by the Northwest Health Network and the considerable pre-existing investments in information systems by the hospitals in the Northwest.

Once the hospital records are integrated across facilities, the next step will be to add in the patients' interactions with providers in the community to create a Northwestern Ontario Health Information Network and an integrated electronic health record including participation by physicians' offices, pharmacies, CCACs, etc. Again, this extension of the electronic record to include community interaction will be facilitated by the current work of the Northwest Health Network.

Recommendation (21) --The LHIN should ensure the continuation of the work of the Northwest Health Network to develop a Northwestern Ontario Health Information Network and implement an Integrated Electronic Health Record for each of the residents of Northwestern Ontario.

Implementation and Operating Costs

Some of the recommendations presented here can be implemented by refocusing current health services spending in Northwestern Ontario. However, some of these will require investments in capital and additional spending on operations. The table following presents a best estimate of the required funding of all of the recommendations made this report.

Initiatives	Capital & One Time Costs	Operating Costs	Comment
Improve Primary Care			
Increase NPs in Isolated Communities		$500,000	Add 5 Nurse Practioners @ $100,000
Increase FHTs in NW Ontario		$0	No new costs; part of funding for Health Results Team Transformation Initiatives
Reduced Hospital Admissions for Avoidable Conditions		-$1,100,000	Reduce 514 annual admissions @ $2220
Increased Acute Care Volumes for Population of Northwestern Ontario due to demographic changes		$3,360,000	507 additional cases or 1,347 wtd cases @ $2,491/wtd case
Restructuring of Acute Care			
Additional acute care capability and capacity in Marathon	$5,000,000	$0	Increase operating cost in Marathon offset by decrease at TBRHSC
New, enhanced acute care facility in Sioux Lookout.	$60,000,000	$0	46 beds acute, surgery and LDR, extensive diagnostics, ambulatory care, 25 beds CCC/LTC/ Increase operating cost offset by decrease at TBRHSC, Dryden & Winnipeg
Completion of Hospital Care in District and Local hospitals		$1,018,563	1463 transfers from TBRHSC requiring 3,731 additional days @ $273/day
Medical Transportation to District & Local hospitals		$731,500	1,463 medical transportation transfers @ $500/trip
Clinical Efficiency at TBRHSC		-$2,400,000	Reduction of 8,719 days or 956.7 equivalent wtd cases at $2,492/wtd case
Introduction of Angioplasty at TBRHSC			
Procedure and acute care costs		$0	Increase at TBRHSC (estimated at $1.5 million) offset by decrease in southern hospitals
Reduction in Days Waiting for Transfer		-$775,200	143 patients admitted to TBRHSC used 1938 patient days @ $400/day waiting for transfer
Reduction in Travel Grants		-$700,000	Approximately 200 commercial transfers @ $1,000 and 100 air ambulance transfers @ $5,000
Emergency Surgery in Duluth		$240,000	2% of patients,6 patients require emergency surgery in Duluth @ $40,000 per occurrence .
Add long-term care capacity			
Long Term Home Care		$2,420,000	242 places @ $10K/place/year
Supportive Housing	$41,850,000	$1,674,000	279 places @ $150K/place and $6K/place/year
Nursing Home Beds	$8,550,000	$1,453,500	57 beds @ 150K/bed and $25.5K/bed/year

Initiatives	Capital & One Time Costs	Operating Costs	Comment
Substitution of NH Beds for CCC Beds		-$8,500,000	Reduce 165 CCC beds @ $200/day and replace with 143 NH beds @ $70/day
Substitution of in-home for inpatient palliative care in Thunder Bay		-$1,200,000	27 beds @$200/day converted to 27 long-term home care places @ $70/day
Creation of District Governance & Management		-$1,440,000	Reduction of 3 administrative positions per site in new multi-hospital Districts
APP for Specialists and Subspecialists.		$3,300,000	11 positions @ $300K
ICT Initiatives			
Enhancement to Telemedicine	$0	$0	Included in mandate of North Network
Electronic Hospital Record	$28,000,000	$3,300,000	Based on communication from TBRHSC and Northern Ontario Blueprint
Electronic Health Record	$19,000,000	$2,200,000	Based on communication from TBRHSC and Northern Ontario Blueprint
Total Net Costs of Restructuring	$162,400,000	$4,082,363	
Potential Private Sector Financing of LTC Places	$50,400,000		
Net Cost to MOHLTC and Local Communities	$112,000,000	$4,082,363	

Plan de services intégrés pour le Nord-Ouest de l'Ontario

Rapport du conseiller spécial, Tom Closson

Juin 2005

Nord-Ouest de l'Ontario

Vision de la restructuration des services de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario
Améliorer l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens du Nord-Ouest en privilégiant l'éducation, la prévention de la maladie, le maintien de la santé et l'accès aux soins, tant pour la santé physique que mentale de la population.

Plan de services intégrés pour le Nord-Ouest de l'Ontario
Rapport du conseiller spécial

Vision de la restructuration des services de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario
Améliorer l'état de santé des Ontariennes et des Ontariens du Nord-Ouest en privilégiant l'éducation, la prévention de la maladie, le maintien de la santé et l'accès aux soins, tant pour la santé physique que mentale de la population.

Cette vision requiert une attention de tous les instants à la restructuration, à l'intégration et à l'amélioration des soins primaires communautaires et hospitaliers. Les recommandations faites dans ce rapport optimiseront l'accès de la population aux services de santé en intégrant les services dans le continuum des soins, l'accent portant sur la prestation de soins adaptés à la culture aussi près du domicile du patient que possible pour dispenser des soins sûrs et de qualité à un coût abordable.

Le *Rapport du conseiller spécial* contient les recommandations qui créeront les conditions les plus propices à l'amélioration du système, tout en clarifiant l'important rôle du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay au sein de ce système. Le rapport Hay à l'intention du conseiller spécial présente toutes les données réunies au cours des neuf derniers mois dans le Nord-Ouest de l'Ontario, des analyses documentaires, un sommaire des consultations tenues au cours de cette période et le résumé de plus de 70 observations reçues de la collectivité sur les travaux du conseiller spécial. Ce dernier a d'ailleurs reçu des conseils et une aide inestimables d'un comité directeur composé de chefs communautaires et de professionnels de la santé qui résident et travaillent dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

Ces recommandations, si elles sont mises en oeuvre, permettront à un plus grand nombre de personnes de recevoir plus de soins plus près de leur domicile. Dans une région aussi vaste que le Nord-Ouest de l'Ontario avec sa population relativement peu nombreuse, les gens sont obligés de se déplacer pour recevoir certains soins. Cependant, la planification d'une meilleure intégration et de l'interaction des services dans l'ensemble du Nord-Ouest de l'Ontario devrait réduire le besoin de se déplacer pour recevoir les services qui peuvent être fournis effectivement dans la collectivité du patient ou à proximité. Il convient de souligner que l'application de ces recommandations prendra du temps mais que des améliorations considérables pourraient être réalisées dans les six mois si certaines recommandations font l'objet d'une mise en œuvre dynamique.

Outre les difficultés que pose la vaste étendue de la région, le Nord-Ouest de l'Ontario compte un certain nombre de collectivités isolées qui ne sont pas accessibles par terre à l'exception d'une courte période pendant les mois d'hiver. Tous les patients qui doivent se déplacer pour se faire soigner doivent donc prendre l'avion pour quitter et rejoindre ces collectivités. Il s'agit en grande partie de collectivités des premières nations, où certains services sont fournis par la province de l'Ontario, d'autres par le gouvernement fédéral et d'autres encore dans la réserve même par l'entremise du bureau du conseil de bande. La complexité du financement et de la responsabilité gêne souvent l'accès aux services de santé.

Ce projet a vu le jour parce que le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay était souvent « fermé à la région » et les citoyens du Nord-Ouest résidant à l'extérieur de Thunder Bay n'avaient pas accès à l'expertise et aux services de leur hôpital régional. Ces recommandations, si elles sont adoptées et mises en œuvre par le Réseau local d'intégration des services de santé, apporteront une solution à long terme à ce problème. À brève échéance, trois « mesures » contribueront d'ores et déjà à alléger le fardeau du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay : un investissement immédiat dans des places en établissements de soins de longue durée dans la ville de Thunder Bay, le district de Thunder Bay et la ville de Kenora; une gestion dynamique de l'utilisation des ressources par le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay pour vérifier que tous les patients y occupant un lit ont bel et bien besoin des services d'un établissement de soins actifs; et une attention particulière au transport des patients du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay vers leur hôpital local dès que leur transfert est possible.

Les soins primaires communautaires dans les collectivités isolées et éloignées

Le Nord-Ouest de l'Ontario a un certain nombre de modèles de prestation de soins primaires qui pourraient être élargis, bien que leur extension dépende de la disponibilité des professionnels de la santé qui souhaitent travailler selon ces modalités. Plusieurs modèles devraient être employés, selon la situation géographique dans le Nord-Ouest.

Collectivités isolées et éloignées

Il conviendrait d'avoir davantage recours aux infirmières praticiennes et aux infirmiers praticiens (IP) qui seront situés dans des collectivités isolées ou éloignées; la plus petite de ces collectivités bénéficierait de visites régulières d'infirmières et d'IP. Il est également recommandé que ces collectivités utilisent davantage les technologies de diagnostic disponibles là ou les soins sont dispensés, ce qui permettrait de déterminer si les patients d'une région isolée ou éloignée doivent se rendre vers un autre établissement de soins de santé. De plus, il est recommandé que les fournisseurs de soins travaillant dans des collectivités isolées et éloignées forment une équipe soignante « virtuelle » pour servir les populations très éparpillées de ces collectivités. Chacune des collectivités éloignées pourrait ainsi recevoir un soutien comprenant un service téléphonique, des services de télémédecine et un soutien itinérant offerts par un éventail de professions de la santé. Il serait important que les IP de ces petites collectivités aient accès 24 heures sur 24 aux services d'urgence régionaux et de district grâce aux liaisons offertes par la télémédecine.

Recommandation (1) – Le MSSLD doit adapter les modèles de soins primaires aux collectivités isolées et éloignées de façon à y inclure des « équipes virtuelles dont les fournisseurs de soins primaires regroupent des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens, de même que des infirmières et des infirmiers, unis à l'intérieur d'un même réseau et reliés à un médecin de famille collaborateur ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé par les technologies de la télémédecine.

Recommandation (2) – Le RLISS doit veiller à ce que toutes les collectivités isolées soient reliées 24 heures sur 24 par la télémédecine à l'hôpital de district le plus proche et au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay.

Soins primaires/CASC et hôpitaux

Les soins primaires devraient être fournis par l'entremise d'équipes multidisciplinaires intégrées. Ces équipes se concentreraient sur l'éducation en matière de santé, la prévention du suicide, des blessures et de la maladie, ainsi que le maintien de la santé. Les équipes Santé familiale situées à l'extérieur de Thunder Bay, dans la mesure du possible, devraient être opérationnellement intégrées aux services du CASC et de l'hôpital le plus proche. Dans ce contexte, les soins prénatals et les services de sages-femmes devraient être fournis à l'échelon local dans le plus grand nombre de collectivités possible avec accouchements dans les hôpitaux de district exerçant leurs activités dans le cadre du programme MORE (Managing Obstetrical Risk Efficiently) de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Recommandation (3) – Le MSSLD doit veiller à ce que chaque équipe Santé familiale (ESF) approuvée à l'extérieur de Thunder Bay, dans la mesure du possible, soit opérationnellement intégrée aux services du CASC et de l'hôpital le plus proche.

Restructuration des services hospitaliers : les anciennes désignations des hôpitaux locaux et de district

Le développement de la capacité des hôpitaux locaux et de district allégera le fardeau du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et permettra aux gens de se faire soigner plus près de chez eux.

Les hôpitaux du Nord-Ouest de l'Ontario devraient avoir un rôle et des responsabilités clairement définis pour ce qui est de répondre aux besoins de la population dans la région. Chaque hôpital devrait être désigné hôpital local, de district ou régional et être investi du rôle et des responsabilités définis ci-après.

Un établissement désigné hôpital local fournirait un soutien pour les locaux administratifs et les salles de traitement nécessaires aux équipes Santé familiale, des technologies de diagnostic (p. ex., échographie) favorisant la prise de décisions à l'échelon local à l'égard des soins; l'hôpital local assurerait également des soins d'urgence, des soins médicaux aux patients hospitalisés pour observation, des services de traitement et de stabilisation, des interventions de médecins généralistes et des services chirurgicaux, ainsi que la continuation des traitements et la convalescence des patients locaux après leurs premières séances de traitement au service de soins actifs d'un hôpital de district ou de l'hôpital régional.

Un établissement désigné hôpital de district proposerait des technologies de diagnostic avancées (p. ex., tomodensitométrie), des soins d'urgence, des services de médecine générale pour patients hospitalisés, des services spécialisés en consultations externes, certains services de chirurgie générale pour patients hospitalisés, certains services de chirurgie sous-spécialisée offerts par des chirurgiens itinérants, des services

d'accouchement à faible risque offerts par des médecins généralistes, ainsi que des services itinérants de pédiatrie et de psychiatrie. Les hôpitaux de Kenora, Dryden, Sioux Lookout, Fort Frances et Marathon devraient être désignés hôpitaux de district. Les services de l'hôpital de Geraldton devraient également être améliorés compte tenu de l'isolement de cette région par rapport aux autres hôpitaux, inaccessibles par la route.

Les patients transférés vers l'aéroport de Sioux Lookout bénéficient d'environ 90 000 consultations par an. Ces patients viennent de collectivités isolées pour recevoir des soins de santé à l'hôpital de Sioux Lookout ou dans des endroits situés plus au sud. Compte tenu de la géographie et des services de transport du Nord-Ouest, de la nécessité d'accéder aux soins depuis toutes les villes situées au nord et du fait que la plupart de ces patients requièrent des soins adaptés à leur culture et à leur langue, la province de l'Ontario devrait s'engager à investir dans l'hôpital Meno-Ya-Win afin qu'il devienne un hôpital de district et qu'il puisse assurer plus de soins et d'interventions qu'il ne le fait actuellement.

L'établissement devrait continuer à se concentrer sur la prestation de soins adaptés à la culture et devrait être investi d'une obligation formelle de diriger la région dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette approche des soins dans tout le Nord-Ouest de l'Ontario.

Recommandation (4) – Le MSSLD doit investir dans la conversion du Meno-Ya-Win Hospital en Centre d'excellence, ce qui lui permettra de devenir un hôpital de district et d'assumer une fonction de leadership dans le Nord-Ouest de l'Ontario pour la mise en place de soins adaptés à la culture à l'échelle régionale.

Recommandation (5) – Le MSSLD doit investir dans le réaménagement du Wilson Memorial General Hospital de Marathon afin qu'il devienne un hôpital de district. Il convient également d'envisager l'investissement de capitaux en vue d'élargir les services offerts à l'hôpital de Geraldton.

Les soins tertiaires dans le Nord-Ouest de l'Ontario

La revascularisation cardiaque et la neurochirurgie sont des services tertiaires qui exigent une attention particulière dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

Revascularisation/chirurgie cardiaque

Le nombre de patients nécessitant une chirurgie cardiaque dans le Nord-Ouest de l'Ontario n'est pas suffisant pour justifier la mise en place d'un programme de chirurgie cardiaque. Ces patients devraient continuer à être aiguillés vers les programmes de chirurgie cardiaque offerts dans le Sud de l'Ontario.

Le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay devrait élaborer un service d'angioplastie qui recevrait son soutien pour la chirurgie cardiaque d'urgence à Duluth. Ainsi, les patients qui subissent une perforation pendant une angioplastie courent un faible risque de ne pas supporter un transfert à Duluth pour une chirurgie cardiaque.

Cependant, ce risque est minime en comparaison du risque de décès associé à l'attente d'un transfert vers le Sud de l'Ontario pour une angioplastie.

Recommandation (6) – Le MSSLD doit établir un service d'angioplastie à Thunder Bay et conclure une entente formelle concernant la mise en place d'une équipe de secours pour la chirurgie cardiaque d'urgence à Duluth.

Neurochirurgie

La neurochirurgie est un service nécessaire au programme de traumatologie offert au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. Pour assurer une couverture 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, ce qui est fondamental dans un programme de traumatologie, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay devrait avoir au moins trois neurochirurgiens parmi son personnel. Étant donné que le nombre de patients nécessitant des services de neurochirurgie est insuffisant pour soutenir financièrement trois neurochirurgiens facturant l'Assurance-santé de l'Ontario, un autre mode de rémunération doit être mis en place. Ces chirurgiens pourraient augmenter leur pratique de la neurochirurgie générale en offrant des services de chirurgie médullaire complexe et de neuroradiologie. De plus, la création de la Northern Medical School créera des possibilités de formation universitaire et des engagements pour ce personnel.

Recommandation (7) - Le MSSLD doit mettre au point, pour la neurochirurgie, un autre mode de rémunération (AMR) qui permettrait à trois neurochirurgiens d'assurer une présence 24 heures sur 24 et sept jours sur sept en traumatologie.

Les services hors région

On croit certes qu'un très grand nombre de patients du Nord-Ouest de l'Ontario se font soigner à Winnipeg, à Duluth et dans le Sud de l'Ontario. Cependant, seulement 4,2 % des hospitalisations concernant des résidants du Nord-Ouest de l'Ontario sont dans des hôpitaux de Winnipeg et 4,5 % des patients hospitalisés doivent se rendre à l'extérieur du Nord-Ouest de l'Ontario pour recevoir des soins d'urgence ou très spécialisés. Ces renseignements devraient être utilisés pour « rapatrier » un aussi grand nombre possible de ces cas en tenant compte de la qualité des soins, de la sécurité des patients et des coûts.

On continuera, comme il se doit, d'aller à Winnipeg et dans le Sud de l'Ontario pour recevoir des soins d'urgence ou très spécialisés. Cependant, on pense qu'en augmentant la capacité des hôpitaux de district désignés, on pourra éliminer le besoin d'aller à Winnipeg, et qu'en augmentant la capacité du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, on éliminera dans certains cas le besoin d'aller dans le Sud de l'Ontario.

Le nombre de patients nécessite que soit maintenue la capacité clinique du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et qu'il y ait une charge de travail suffisante pour appuyer la nouvelle mission universitaire du Centre. À cette fin, il sera important que le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay dispense une bonne partie des soins secondaires et la plupart des soins tertiaires aux résidants du Nord-Ouest de l'Ontario, notamment les soins aux membres des premières nations que le gouvernement fédéral envoie actuellement à Winnipeg. En raison des différences dans les

temps de parcours et les distances, les gens se rendent en voiture de Kenora à Winnipeg pour recevoir des soins d'urgence et pour se faire examiner et traiter par des médecins spécialistes et des sous-spécialistes plutôt que d'aller à Thunder Bay. Ce mode d'utilisation des hôpitaux se maintiendra, comme il se doit, et les ambulances terrestres devraient continuer à assurer la liaison entre la région de Kenora et Winnipeg. Cependant, pour avoir le nombre de patients que nécessitent les services spécialisés qui doivent être fournis et les programmes universitaires offerts au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, le service d'ambulance aérienne devrait aller à Thunder Bay plutôt qu'à Winnipeg.

Dans certaines circonstances, l'Office régional de la santé de Winnipeg sera le fournisseur de soins indiqué pour les résidants de la partie ouest du Nord-Ouest de l'Ontario. Pour le moment, l'Office fournit un service spécial aux résidants du Nord-Ouest de l'Ontario. Une reconnaissance plus formelle de l'utilisation des services de santé du Manitoba par les résidants de l'Ontario contribuerait dans une large mesure à apaiser l'inquiétude concernant l'interruption de l'accès aux services. Compte tenu des réalités géographiques de cette partie de l'Ontario, il convient que les gouvernements de l'Ontario et du Manitoba officialisent la prestation de certains services facultatifs et urgents par l'Office régional de la santé de Winnipeg aux résidants de Kenora et lorsque le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay n'est pas en mesure de répondre à l'augmentation brusque de la demande de la population du Nord-Ouest.

Idéalement, les fournisseurs du Nord-Ouest de l'Ontario devraient prévoir de fournir la quasi-totalité des services aux résidants locaux mais des dispositions formelles devraient être prises pour que les Ontariennes et les Ontariens aient accès aux services offerts au Manitoba lorsqu'il est impossible de répondre à une augmentation brusque de la demande dans le Nord-Ouest.

La question des subventions de déplacement aux fins du transport des patients a été soulevée maintes fois au cours de la période de consultations. Les exemples de personnes transportées par ambulance terrestre ou aérienne en situation d'urgence et retenues loin de leur domicile ont été nombreux. Selon la politique du MSSLD, les patients qui sont transportés pour des raisons médicales et qui continuent de recevoir des soins sont raccompagnés par ambulance terrestre ou aérienne. Compte tenu des distances, des difficultés financières des personnes qui se déplacent pour se faire soigner et du manque de services de transport en commun dans de nombreuses régions, le RLISS devrait examiner les subventions de déplacement ainsi que les politiques régissant le transport des patients et déterminer le nombre de patients retenus dans la région.

Recommandation (8) – Le RLISS doit prévoir une capacité régionale pour la quasi-totalité des services de santé nécessaires aux résidants du Nord-Ouest de l'Ontario. Il faut entamer des négociations avec le gouvernement fédéral pour que tous les membres des premières nations résidant dans les limites de l'Ontario puissent être soignés à l'intérieur du système provincial.

Recommandation (9) – Le RLISS et le MSSLD doivent négocier une entente formelle avec l'Office régional de la santé de Winnipeg pour fournir des soins tertiaires d'extrême urgence et facultatifs aux résidants de Sioux Lookout, des collectivités isolées et des environs.

Recommandation (10) – Le RLISS et le MSSLD doivent négocier une entente formelle avec l'Office régional de la santé de Winnipeg pour les cas où les établissements du Nord-Ouest de l'Ontario ne peuvent pas répondre à l'augmentation rapide de la demande en soins de santé.

Une planification intégrée de tous les niveaux de soins de longue durée

Il faut planifier de manière bien définie l'augmentation du nombre de places en établissements de soins de longue durée et veiller à ce que les gens soient placés aussi près de leur domicile que possible. Les principes de l'augmentation de la capacité dans ce secteur devraient inclure l'optimisation de l'autonomie, l'optimisation de l'interaction sociale dans toutes les places, une préférence pour les soins de longue durée dans la collectivité locale, une préférence pour les soins « à domicile » par rapport aux soins en groupe, une préférence pour le logement avec services de soutien par rapport aux maisons de soins infirmiers et la prestation de soins psychogériatriques dans tous les centres de traitement.

L'utilisation actuelle des lits de soins continus complexes pour les soins transitoires de courte durée dans l'établissement St. Joseph's de Thunder Bay retarde le placement des patients dans d'autres établissements, notamment dans les établissements de soins de longue durée et les programmes de soins à domicile. Cette utilisation des lits contribue à une pénurie de lits de soins actifs pour patients hospitalisés au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et la situation doit être redressée immédiatement en utilisant les lits de soins continus complexes pour les soins continus et non pour les soins transitoires.

Les données recueillies pour préparer ce rapport confirment que le district de Thunder Bay, la ville de Thunder Bay et la ville de Kenora n'ont pas assez de places dans les programmes de soins de longue durée pour répondre aux besoins des membres de la collectivité qui requièrent ce type de soins, qu'il s'agisse d'une place dans une maison de soins infirmiers, d'un logement avec services de soutien ou d'une place en établissement de soins de longue durée. Dans ces trois districts, il faudra prévoir des places supplémentaires dans les programmes de soins de longue durée mais les trois niveaux de soins doivent être utilisés pour répondre aux besoins de ces populations. L'ajout de nouvelles places dans ces collectivités répondrait mieux à la demande en soins de longue durée et permettrait aux personnes qui en ont besoin de rester plus près de leur réseau de soutien social.

Recommandation (11) -- Le MSSLD doit augmenter le nombre de places en établissements de soins de longue durée dans le Nord-Ouest de l'Ontario de façon à fournir :

- *29 logements avec services de soutien à Kenora;*

• 192 logements avec services de soutien et 149 places équivalentes en établissements de soins de longue durée à Thunder Bay;
• 58 places en logements avec services de soutien, 93 places équivalentes en établissements de soins de longue durée et 57 lits de soins infirmiers dans le district de Thunder Bay.

Services de toxicomanie et de santé mentale

Ce type de services a suscité des commentaires plus nombreux que la plupart des autres catégories de services. Ces services ne sont pas suffisamment accessibles dans le Nord-Ouest de l'Ontario et, lorsqu'ils sont offerts, la méthode ministérielle de financement par voie de « crédit à des fins particulières » empêche le transfert de fonds d'un type de services à un autre, bien que les personnes qui dispensent ces services connaissent bien mieux les besoins de leurs collectivités que les responsables des enveloppes budgétaires au bureau du MSSLD de Toronto. L'élimination de la paperasse bureaucratique et la possibilité pour les membres des collectivités d'unir leurs efforts en vue d'offrir les meilleurs services que leur budget leur permet d'offrir, voilà autant d'éléments qui aideraient le Nord-Ouest de l'Ontario à fournir des services plus efficaces de toxicomanie et de santé mentale.

Recommandation (12) -- Le MSSLD doit abolir la méthode du « crédit à des fins particulières » pour le financement des services de toxicomanie et de santé mentale et fournir suffisamment de fonds au RLISS dans l'ensemble, afin que l'on puisse décider librement à l'échelon local de la meilleure façon d'utiliser ces fonds.

Gouvernance et gestion

De nombreux exemples illustrent les efforts concertés des établissements du Nord-Ouest de l'Ontario qui se sont unis pour planifier et mettre en œuvre la prestation des soins dans l'ensemble des établissements. Pour avoir d'autres exemples de concertation possible, les établissements de la région devraient examiner le travail accompli par Grey Bruce Health Services. En l'occurrence, le Centre Grey Hospital, Bruce Peninsula Health Services, le Meaford General Hospital et le Grey Bruce Regional Health Centre ont tous travaillé main dans la main avec un conseil et une structure commune pour la gestion de l'information, l'amélioration de la qualité, la reconnaissance des titres de compétences, la planification des ressources humaines et le recrutement.

La création d'une hiérarchie d'établissements dont la capacité va grandissant dans le continuum des soins obligera le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay à adopter une approche régionale à l'égard de l'évolution des patients dans le système. Elle exige également que le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et son personnel médical reconnaissent et acceptent officiellement que leur rôle est de fournir les soins sous-spécialisés secondaires et tertiaires que requiert la population de l'ensemble du Nord-Ouest ainsi qu'un soutien actif aux spécialistes et aux fournisseurs de soins primaires qui exercent dans les collectivités et les hôpitaux situés à l'extérieur de Thunder Bay.

Pour favoriser ce nouveau continuum organisationnel de services hospitaliers et de santé, il devrait y avoir en place des structures de gouvernance et de gestion pour chacun des six districts :

- Sioux Lookout et les collectivités isolées,
- Kenora,
- Dryden-Red Lake,
- Fort Frances-Rainy River,
- le district de Thunder Bay,
- la ville de Thunder Bay.

Ces nouvelles structures de gouvernance et de gestion à l'échelle des districts régiraient la gestion des soins de santé dans le Nord-Ouest. Elles seraient amenées à accorder une attention renouvelée à la gestion intégrée des services de santé dans le continuum à l'échelle des districts. Le RLISS dirigerait la planification et la répartition des fonds entre les districts. Ce nouveau modèle exigera la dissolution de la plupart des structures actuelles de gouvernance de la prestation des services à l'échelon local. Il faudra considérer tout spécialement la gouvernance des organismes de services religieux tels que le St. Joseph´s Care Group.

Recommandation (13) – Le MSSLD doit mettre en œuvre un modèle régional qui remplacera la plupart des structures actuelles de gouvernance de la prestation des services afin de mieux adapter les services de santé du Nord-Ouest de l'Ontario aux besoins de la population.

Le comité médical consultatif

C'est à juste titre que la population du Nord-Ouest de l'Ontario souhaite et attend l'intégration des services de santé. Compte tenu de l'interdépendance des hôpitaux dans le Nord-Ouest et du nombre de patients à transférer d'un établissement à l'autre, il n'est pas injustifié que les résidants s'attendent à une admission unique pour une séquence unique de soins intégrés à la suite d'un cas unique d'accident ou de maladie. Le patient serait alors soigné dans le cadre d'une seule admission à l'hôpital local, à l'hôpital de district et à l'hôpital régional, et vice-versa, selon le cas. En établissant des structures et des processus qui privilégient une évolution continue de chaque patient dans le système et en concentrant les efforts de chaque organisation sur son rôle dans l'évolution du patient, on prévoit qu'un plus grand nombre de personnes peuvent être traitées plus près de leur domicile et de leur réseau de soutien social. De plus, cela permettra d'optimiser l'utilisation des ressources limitées de l'hôpital régional de Thunder Bay en axant ses services aux patients de Thunder Bay et de l'extérieur sur les services et les niveaux de soins qui ne peuvent être fournis que dans un centre régional. L'intégration des services sera favorisée en attribuant aux hôpitaux un rôle et des responsabilités clairement définis et appuyés par les structures, les processus et la gouvernance propres à chacun et à l'ensemble des districts.

Un comité médical consultatif pour le Nord-Ouest de l'Ontario peut favoriser l'intégration des soins hospitaliers dans le continuum. Le comité médical consultatif

mixte assurerait l'uniformité et la continuité de la pratique et des processus médicaux dans tous les hôpitaux de la région. Le comité médical consultatif mixte jouerait le rôle de comité médical consultatif pour chacune des nouvelles structures de gouvernance de district dans le Nord-Ouest de l'Ontario et serait responsable de la qualité des soins médicaux dans l'ensemble du Nord-Ouest. Le personnel médical de chaque district, au besoin, pourrait former un comité consultatif de district qui deviendrait un sous-comité du comité médical consultatif mixte du Nord-Ouest de l'Ontario, ce qui permettrait d'identifier les questions locales dans l'établissement ou le district et de porter les intérêts et les besoins locaux à l'attention du comité médical consultatif mixte du Nord-Ouest de l'Ontario. Cette approche encouragerait et favoriserait l'interaction clinique des médecins dans le Nord-Ouest et l'enchaînement des soins aux patients qui évoluent dans le continuum de soins.

Recommandation (14) – Le RLISS doit mettre en place un comité médical consultatif mixte afin de favoriser la continuité des soins aux patients et l'évolution de ces derniers dans le système de santé.

Recommandation (15) – Chaque district doit reconnaître que la mise en place d'un comité médical consultatif mixte satisfait à l'obligation du district aux termes de la Loi sur les hôpitaux publics de former un tel comité pour chacun de ses hôpitaux.

Gestion de l'utilisation des ressources dans le Nord-Ouest de l'Ontario

Au cours de cette étude, les taux d'admission pour un éventail de maladies et d'interventions ont été examinés en vue de déterminer si les taux d'utilisation des hôpitaux du Nord-Ouest de l'Ontario étaient comparables à ceux d'autres collectivités ontariennes. Les données recueillies aux fins de cette étude démontrent une utilisation élevée des soins aux patients hospitalisés dans le Nord-Ouest de l'Ontario comparativement aux autres régions de la province. Ces différences sont particulièrement apparentes chez les résidants de Thunder Bay. On s'attendait à ce que les taux d'hospitalisation soient modestement plus élevés dans les régions isolées et éloignées, compte tenu des vastes distances à parcourir et d'une tendance à l'admission pour des services qu'un résidant local pourrait recevoir en service de consultations externes. Cependant, on a constaté contre toute attente une utilisation élevée des soins aux patients hospitalisés par les résidants de Thunder Bay. Il faudrait mettre en place un programme dynamique de gestion de l'utilisation des ressources pour le Nord-Ouest afin de veiller à ce que les patients se fassent soigner dans le cadre qui convient le mieux à leurs besoins cliniques. La structure recommandée pour la gouvernance à l'échelle du district et la capacité accrue d'offrir des places en établissements de soins de longue durée augmente énormément les chances de réussite d'un tel programme.

Recommandation (16) – Le RLISS doit établir un programme de gestion de l'utilisation des ressources du Nord-Ouest afin de veiller à ce que les patients puissent être soignés dans le cadre le plus approprié en réduisant l'utilisation des lits pour patients hospitalisés du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay afin que celui-ci puisse répondre aux besoins de la région.

Une méthode de planification des ressources humaines de la santé adaptée au Nord-Ouest de l'Ontario

Il existe une grave pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé du Nord-Ouest de l'Ontario et il demeure extrêmement difficile d'y attirer du personnel. À l'heure actuelle, les collectivités et les hôpitaux se disputent les médecins, le personnel infirmier et les professionnels de la santé connexes. Une approche coopérative et concertée pour le recrutement de personnel dans le Nord-Ouest de l'Ontario sera beaucoup plus efficace que les méthodes disjointes actuelles. Les besoins de la population du Nord-Ouest de l'Ontario seront mieux servis par une planification globale des ressources humaines de la santé et une mise en œuvre collective des plans au sein des nouveaux districts de la santé.

Recommandation (17) – Le RLISS doit établir un modèle de planification des ressources humaines de la santé pour le Nord-Ouest de l'Ontario.

Il est crucial pour le MSSLD de conclure une entente concernant d'autres modes de rémunération pour les spécialistes exerçant dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Afin d'aider le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay à recruter et à conserver des médecins spécialistes et des sous-spécialistes pour répondre à ses besoins cliniques et universitaires, il faut négocier avec succès un autre mode de rémunération.

L'actuel modèle de rémunération des médecins fondé sur les « honoraires à l'acte » et la population relativement peu nombreuse du Nord-Ouest de l'Ontario empêchent le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay d'attirer et de conserver suffisamment de spécialistes pour assurer la présence des médecins de garde nécessaires pour de nombreuses spécialités médicales. Le nombre de cas ne suffit pas pour appuyer un complément adéquat de spécialistes de ces domaines si la seule source de revenu de ces médecins est la facturation des services dispensés. L'obligation d'assumer des fonctions d'enseignement et de recherche à la Northern Medical School exigera également la mise en place d'un autre mode de rémunération pour ces médecins. Pendant les négociations concernant d'autres modes de rémunération, il doit être entendu que ces médecins ont l'obligation d'appuyer tout le Nord-Ouest de l'Ontario au moyen de la télémédecine et de cliniques ou services itinérants dans les hôpitaux de district ainsi que par le truchement d'un soutien aux spécialistes et aux fournisseurs de soins primaires à l'extérieur de la région de Thunder Bay. Il faut officialiser le rôle du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et de son personnel médical et leur responsabilité en matière de prestation de soins spécialisés et sous-spécialisés à la population de l'ensemble de la région. Il y a d'autres endroits en Ontario, par exemple l'Hôpital d'Ottawa dont le travail de rayonnement a fourni un soutien dans la vallée de l'Outaouais, où un centre universitaire a assumé une responsabilité à l'égard des soins à travers la région. Étant donné l'étendue de cette région et le rôle désigné du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, il est primordial que l'hôpital et ses médecins assument une responsabilité régionale.

Recommandation (18) -- Le MSSLD doit établir d'autres modes de rémunération (AMR) pour les médecins spécialistes du Nord-Ouest de l'Ontario afin d'en attirer et d'en conserver un nombre suffisant pour assurer une présence 24 heures sur 24 et sept

jours sur sept aux patients de l'ensemble de la région. Les AMR doivent officialiser leurs responsabilités sur le plan régional et en matière de formation universitaire.

Utilisation accrue de la télémédecine et d'autres stratégies de cybersanté

Le Nord-Ouest de l'Ontario a devancé la plupart des autres régions de la province dans l'adoption de la télémédecine et la prestation de soins de santé via d'autres stratégies de cybersanté. Il se félicite de cet accomplissement qu'il faut mettre en valeur. Il faut dans les meilleurs délais fournir à toutes les collectivités isolées qui ne sont pas encore reliées ou associées pour offrir des services de télésanté, l'infrastructure nécessaire pour dispenser de tels services. Les collectivités isolées devraient également avoir une liaison 24 heures sur 24 avec les services d'urgence de l'hôpital de district le plus proche et le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay devrait accroître sa capacité à fournir des consultations d'urgence 24 heures sur 24 à toutes les collectivités isolées et éloignées.

En outre, le Nord-Ouest de l'Ontario aurait intérêt à établir un partenariat officiel pour l'accès à la télémédecine et le soutien externe d'un vaste programme psychiatrique ailleurs dans la province qui assurerait une bien meilleure disponibilité des services psychiatriques dans la région. Le RLISS devrait déterminer si le programme OPOP (Ontario Psychiatric Outreach Program) offre un soutien adéquat. Certains services complémentaires du programme de télémédecine pourraient être élargis ultérieurement mais l'augmentation des services de santé mentale répondrait à un besoin actuel et pressant.

Recommandation (19) – Le RLISS doit veiller à ce que toutes les collectivités isolées soient reliées par la télémédecine 24 heures sur 24 à l'hôpital de district le plus proche et au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay.

Recommandation (20) – Le RLISS doit établir un partenariat en télémédecine et en extension des services pour fournir un soutien psychiatrique dans les services communautaires et hospitaliers de santé mentale du Nord-Ouest de l'Ontario.

Le nombre considérable de déplacements des patients dans le continuum de soins du Nord-Ouest de l'Ontario exige que les renseignements sur leurs besoins et leurs traitements actuels ainsi que l'information concernant leurs traitements antérieurs et concomitants suivent le patient dans le réseau. L'acheminement de dossiers papier d'un établissement à l'autre est un processus lourd, long et inefficace qui retarde souvent le traitement. Fait plus important encore, il n'existe pas de centre unique d'archivage des données concernant les séquences de soins hospitaliers dispensés au patient. Lorsqu'un patient se présente de nouveau à l'hôpital, il est peu probable que les cliniciens aient accès en temps utile aux renseignements cliniques (et non cliniques) cruciaux qui seront indispensables pour résoudre efficacement le problème du patient. L'intégration des soins dans le continuum et l'intégration de l'information liée à chaque séquence de soins hospitaliers pour un patient seront favorisées et améliorées par la création d'un dossier électronique entièrement intégré qui sera utilisé par chaque hôpital du Nord-Ouest de l'Ontario. La création du dossier électronique intégré sera favorisée par le travail déjà

accompli par le Réseau de santé du Nord-Ouest et les sommes considérables investies dans les systèmes d'information par les hôpitaux du Nord-Ouest.

Lorsque les dossiers des hôpitaux auront été intégrés dans l'ensemble des établissements, la prochaine étape consistera à y consigner l'interaction des patients avec les fournisseurs de soins de la collectivité afin de créer un réseau d'information sur la santé pour le Nord-Ouest de l'Ontario ainsi qu'un dossier médical électronique intégré incluant la participation des cabinets de médecins, des pharmacies, des CASC, etc. Cette extension du dossier électronique par l'inclusion de l'interaction communautaire sera rendue possible grâce au travail du Réseau de santé du Nord-Ouest.

Recommandation (21) -- Le RLISS doit veiller à ce que le Réseau de santé du Nord-Ouest poursuive ses travaux afin d'élaborer un système informatique de santé pour le Nord-Ouest et de mettre en œuvre un dossier médical électronique intégré pour chaque résidant de cette région de l'Ontario.

Coûts de mise en œuvre et de fonctionnement

Certaines des recommandations formulées dans ce rapport peuvent être mises en œuvre en recentrant le budget actuellement consacré aux services de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario. D'autres, en revanche, exigeront des investissements dans les immobilisations et entraîneront des coûts de fonctionnement supplémentaires. Le tableau suivant présente la meilleure estimation du financement nécessaire à l'application de toutes les recommandations contenues dans le présent rapport.

Initiatives	Coûts d'immobilisations et dépenses uniques	Coûts de fonctionnement	Remarque
Amélioration des soins primaires			
Augmentation du nombre d'IP dans les collectivités isolées		500 000 $	Ajout de 5 infirmières praticiennes à 100 000 $
Augmentation du nombre d'ESF dans le N.-O. de l'Ontario		0 $	Aucun coût supplémentaire, partie du financement pour les initiatives de transformation de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé
Réduction des admissions à l'hôpital pour les affections ne nécessitant pas une hospitalisation		-1 100 000 $	514 admissions de moins par an @ 2 220 $
Augmentation du nombre de cas dans les services de soins actifs du N.-O. de l'Ontario en raison de l'évolution démographique		3 360 000 $	507 cas de plus ou 1 347 cas pondérés @ 2 491 $/cas pondéré
Restructuration des soins actifs			
Augmentation de la capacité des soins actifs à Marathon	5 000 000 $	0 $	Augmentation du coût de fonctionnement à Marathon neutralisée par une baisse au CRSSTB
Nouvel établissement de soins actifs amélioré à Sioux Lookout	60 000 000 $	0 $	46 lits de soins actifs, chirurgie, salle de travail, d'accouchement et de réveil, services complets de diagnostic, soins ambulatoires, 25 lits de SCC/SLD Augmentation du coût de fonctionnement neutralisée par une baisse au CRSSTB, à Dryden et à Winnipeg
Complément des soins hospitaliers dans les hôpitaux locaux et de district		1 018 563 $	1 463 transferts depuis le CRSSTB nécessitant 3 731 jours supplémentaires @ 273 $/jour
Transport à des fins médicales vers des hôpitaux locaux et de district		731 500 $	1 463 transferts à des fins médicales @ 500 $/transfert
Efficacité clinique du CRSSTB		-2 400 000 $	Réduction de 8 719 jours ou 956,7 cas pondérés équivalents @ 2 492 $/cas pondéré
Introduction de l'angioplastie au CRSSTB			
Coûts des interventions et des soins actifs		0 $	Augmentation au CRSSTB (estimée à 1,5 million) neutralisée par une baisse dans les hôpitaux du Sud
Réduction du nombre de jours d'attente pour un transfert		-775 200 $	143 patients admis au CRSSTB ont utilisé 1 938 jours-patients @ 400 $/jour dans l'attente d'un

			transfert
Réduction des subventions pour frais de transport à des fins médicales		-700 000 $	Environ 200 transferts commerciaux @ 1 000 $ et 100 transferts par ambulance aérienne @ 5 000 $
Chirurgie d'urgence à Duluth		240 000 $	2 % des patients, 6 patients ont besoin d'une chirurgie d'urgence à Duluth @ 40 000 $ chacune.
Augmentation de la capacité des programmes de soins de longue durée			
Soins en établissements de soins de longue durée		2 420 000 $	242 places @ 10 000 $/place/an
	41 850 000 $	1 674 000 $	279 places @ 150 000 $/place et 6 000 $/place/an
	8 550 000 $	1 453 500 $	57 lits @ 150 000 $/lit et 25 500 $/lit/an

Initiatives	Coûts d'immobilisations et coûts uniques	Coûts de fonctionnement	Remarque
Remplacement de lits de soins infirmiers par des lits de SCC		-8 500 000 $	Réduction de 165 lits de SCC @ 200 $/jour remplacés par 143 lits de soins infirmiers @ 70 $/jour
Remplacement des soins à domicile par des soins palliatifs pour patients hospitalisés à Thunder Bay		-1 200 000 $	27 lits @ 200 $/jour convertis en 27 places dans des programmes de soins de longue durée @ 70 $/jour
Structures de gouvernance et de gestion à l'échelle des districts		-1 440 000 $	Réduction de 3 postes administratifs par établissement dans les nouveaux districts comptant plusieurs hôpitaux
AMR pour spécialistes et sous-spécialistes		3 300 000 $	11 postes @ 300 000 $
Initiatives TIC			
Amélioration de la télémédecine	0 $	0 $	Compris dans le mandat du Réseau du Nord
Dossier d'hôpital électronique	28 000 000 $	3 300 000 $	D'après les données du CRSSTB et le plan pour le Nord de l'Ontario
Dossier médical électronique	19 000 000 $	2 200 000 $	D'après les données du CRSSTB et le plan pour le Nord de l'Ontario
Total des coûts nets de restructuration	162 400 000 $	4 082 363 $	
Financement potentiel par le secteur privé de places dans des programmes de soins de longue durée	50 400 000 $		
Coût net pour le MSSLD et les collectivités locales	112 000 000 $	4 082 363 $	